
総 説

京都における心臓病スポーツ・リハビリテーションの変遷

下村 雅昭

心筋梗塞・狭心症に代表される虚血性心疾患は三大生活習慣病の一つとして、広く国民には理解されてきている。この疾患は動脈硬化と密接な関連があり、一次予防および再発予防の手段として動脈硬化の危険因子を減少させることが重要視される。同時に薬物療法や運動療法、心療内科等のカウンセリングなども含めて包括的に予後がフォローされることが望ましい。

筆者は1985年以来、京都心臓病リハビリテーション研究会に所属しており、特に運動療法の理想的な展開について現在も共同研究に参加している。この20年間に於いて、京都の研究班は大変多くの患者さん達と発症後の人生を共有してきた。勿論我が国あるいは世界におけるこの領域の研究は著しく進み、研究会の目指す方向や取り組みもそれに伴い発展してきた。

本稿ではその変遷をまとめるとともに、今後の心臓病リハビリテーションが目指すべき方向性について考察することを目的とする。

1. 京都大学における研究会発足

1981年1月に、京都大学医学部第三内科河合忠一教授と教養部伊藤 稔教授が総監督として陣頭指揮をとられ、研究会が立ち上げられた。京都大学の総合体育館を使用して、我が国では初めての試みとなる集団スポーツによる心臓リハビリテーションが開始された。現場で総合監視を担い、このグループを牽引したのは第三内科神原啓文助教授と教養部川初清典助手であった。

当時の虚血性心疾患患者に対する退院後のケアについては、安静を保つことが重視され、運動療法に関する認知度は大変乏しい状況であった。ましてや集団で行うスポーツを心臓病の患者が行うなど、批判めいた違和感が様々な方面で生じていたようだ。筆者はあくまでも研究会スタッフの一員にしかすぎず、しかも大学院を修了したばかりの駆け出しであったので、そのような逆風をともに受けてはいなかった。しかし、なかには「君の研究グループは心臓病患者の戸塚ヨットスクールかね」な

どと本来の趣旨を全く理解されていない研究者に出会うことも少なくなかった。今から思えば、中心的に研究を進めた先生方のご苦勞は想像を絶するものであっただろうと思う。このような世間(大学も含めて)とのギャップが生じた原因には、「スポーツ」という言葉の受け止め方の相違が大きく影響していたと思う。批判される先生方に共通していたのは「何故スポーツなどという危険なことを患者さんにさせるのか」という視点であった。つまり、スポーツ＝競技的、激しい、相手を負かす、勝利至上主義等々、あたかもオリンピックを目指すかのような響きを感じている場合が多かった。このあたりは我が国特有の現象かも知れないが、スポーツ医学の先進国の報告ではそんな気配さえ感じられなかった。レクリエーションスポーツ、高齢者のスポーツ、障害者スポーツ、治療の現場でのスポーツそしてあらゆる人がスポーツ文化を享受できるようアレンジされたスポーツ、それぞれスポーツに参加する目的は異なり、当然処方される内容は異なる。この点を諸学会に理解していただくのは骨の折れる仕事であったと思う。しかし旧西ドイツでは遙かに以前から合理的なシステムによる生涯的なフォローがなされているだけに、我が国にそれを普及させたいという執念にも似た強い思いが研究会には充満していた。現在では多くの関連学会および分科会が設立され、毎年活発な研究報告が行われるようになっている。

2. 京都の他大学および病院への普及

研究会には他大学の研究者も加わるようになり、活動のポテンシャルが急上昇していった。京都薬科大学、京都教育大学、京都市立芸術大学、同志社大学そして京都女子大学等の教員および学生達が参加して、チームに属する分野も多角化していった。主なチームメンバーの領域は

- ・医学
- ・薬学
- ・体育学
- ・心理学
- ・栄養学

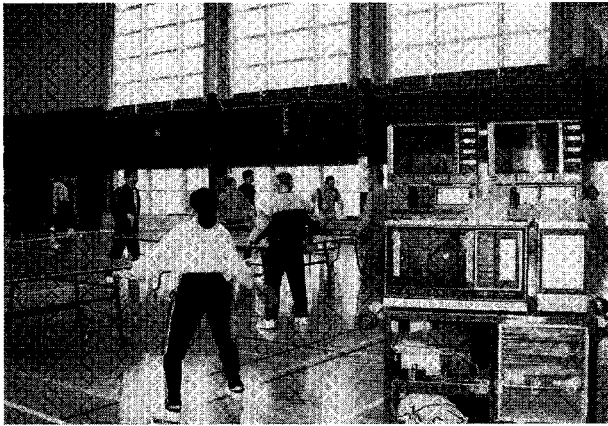


図1 体育館における心臓スポーツ・リハビリテーションの様子
写真中、手前で卓球、奥ではバドミントンを行っている。
右側にあるのは監視機材。

- ・社会学
- ・仏教学

等であった。体育館内の活動にとどまらず、患者さんの活動域はますます拡大していった。

京都滋賀地区の病院もこの「京都大学方式リハビリテーション」を取り入れ、各地域の患者さんがスポーツ愛好家となっていった。なかでも武田病院ではリハビリテーション専用の体育館を新築し、多くの患者さんの発症後生活の中心地となった。堀川病院、音羽病院等でも研究会の趣旨を汲んだプログラムが用意され、京都は国内で最も充実したリハビリテーション地域といっても過言ではなかった（図1）。

滋賀県でも県立成人病センターにおいて「心臓リハビリ部門」が正式に設置され、現在でも驚異的な数の患者さんが毎週このサービスを受けている。

3. 患者さんの活動域拡大

研究会の探求は体育館外の活動へと拡大していった。通常のリハビリテーションは3回/週程度館内で実施されており、ここでは高齢者でも参加が容易な有酸素運動が処方された。具体的な種目は

- ・卓球
- ・ミニテニス
- ・バドミントン
- ・ソフトバレーボール
- ・エアロビクスダンス

等である。「勝ち負け」にはこだわらず、あくまでも各種目をもつ遊戯性を楽しむこととし、一回20分間のスポーツセッションを3回/日行うこととした。いずれ



図2 郊外型プログラム海浜活動の様子
いわゆる海の家で監視を行い、水泳やビーチバレーボールを実施している。

も発症前には殆ど経験しなかった種目ばかりであるが、この頻度で回復期（6ヶ月を目安）を終えると、むしろ趣味・生きがいの一つとなり、リハビリテーション継続への希望は著しく高い。

この点でも体育館内の活動のみで充分ではあるのだが、郊外における活動は更に患者さんの活動域を拡大しQOLを高める。

- ・春秋：ハイキング、野外クッキング
- ・夏季：水泳、海浜活動
- ・冬季：スキー

等がこれに相当する。ドイツのリハビリテーション施設のなかでも代表的なところでは、施設内に湖、ゲレンデ、ハイキングコースを有する。幸いにも京都は近郊に湖やスキー場等があるため、同様の郊外型リハビリテーションが可能であった。ある患者さんが取材に応じた内容のなかに「病気になった後で、プールの水に全身つかかり、スイミングが出来たことは私の今までの人生のなかで最も感動的な出来事でした」とある。洗面するのさえ恐怖心を抱いていた発症直後の苦しみを乗り越えた、今後の生活に希望と可能性を感じ取った意義深い言葉だと思う（図2）。

4. 今後の検討課題

研究すべき課題は今でも多く残されている。それだけ患者さんの生活とは他分野に渡り、奥深いものであると考える。

最重要課題の一つは、再発予防に直結する運動量の確保についてである。先行報告によると、冠動脈病変進行の抑制のためには 1,800 kcal/週程度の運動が必要とされている。これは 6 日間/週の頻度で運動を実施したとしても、1 日あたり 300 kcal の消費が必要となる。勿論、このような頻度でリハビリテーションを受けられる施設は無い。従って在宅・地域における日常的な身体活動が重要となる。この問題解決の為に必要な研究課題は、在宅・地域における維持期リハビリテーションシステムの構築に関してであり、同時に自立歩行能力の維持・改善を支援する方法の確立である。前者は経済学・社会的なアプローチが必要であるし、後者は介護予防の取り組みと関連する。いずれも更に関連分野とのコラボレーションが必要な課題である。

生涯にわたりスポーツ文化を享受し、再発予防を可能とするためには更に様々な合併症を有する患者への処方基準作成が必要である。例えば、下肢に整形的合併症を有する患者に対して、どのようにして運動量を確保すべきか？ 運動が禁忌となる患者に対して提供できる年間プログラムは？ など際限なく眼前に突きつけられているのが現状である。

いずれにしても患者さんにとって「心臓病になったおかげで、こんなに充実した生活が出来るようになった」とこれからも言っていただけるように成果を出し続けたい (図 3)。



図 3 冬季、スキープログラム
心電図・血圧を監視しながら、寒冷刺激に留意しながらプログラムを進める。

参考文献

- 下村雅昭：「心疾患のリハビリテーション」スポーツ・リハビリテーション, Pharma Medica 8(7) : 43-49, 1990.
- Nohara, R. et al.: Cardiac sports rehabilitation for patients with ischemic heart disease, Jpn Circ J, 54: 1443-1450, 1990.
- Hambrecht, R. et al.: Various intensities of leisure time physical activity in patients with coronary artery disease: effects on cardiorespiratory fitness and progression of coronary atherosclerotic lesions, J Am Coll Cardiol, 22: 468-477, 1993.
- Shimomura, M. et al.: Clinical study of a swimming program in the pool and sea for patients with ischemic heart disease, Adapted Physical Activity: 133-138, 1999.
- Shimomura, M. et al.: Evaluation of nonsupervised sports rehabilitation for patients with ischemic heart disease, Jpn J Adapted Sport Sci, 1(1): 32-38, 2003.